

# Klinischer Funktionsstatus

nach Vorlage der Arbeitsgemeinschaft für Funktionsdiagnostik in der DGZMK und Erweiterungen durch das Institut für Craniomandibuläre Dysfunktion, ICMD

|   |               |
|---|---------------|
| Name, Vorname / Geburtsdatum                  | Praxisstempel |
| Anschrift / Telefon, E-Mail / Patientennummer |               |
| Untersuchungsdatum                            |               |

## Anamnese

### A: Allgemein

1. Was ist der Grund Ihres Besuches?

.....

2. Waren Sie in letzter Zeit in Behandlung bei:

|                  |    |      |
|------------------|----|------|
| Zahnarzt?        | ja | nein |
| Kieferorthopäde? | ja | nein |
| Arzt?            | ja | nein |

Bitte genaue Anschriften / Ergebnisse auf Rückseite

3. Wurde bei Ihnen bereits eine Funktionstherapie durchgeführt?

Wenn ja, welcher Art?      Ja      Nein

.....

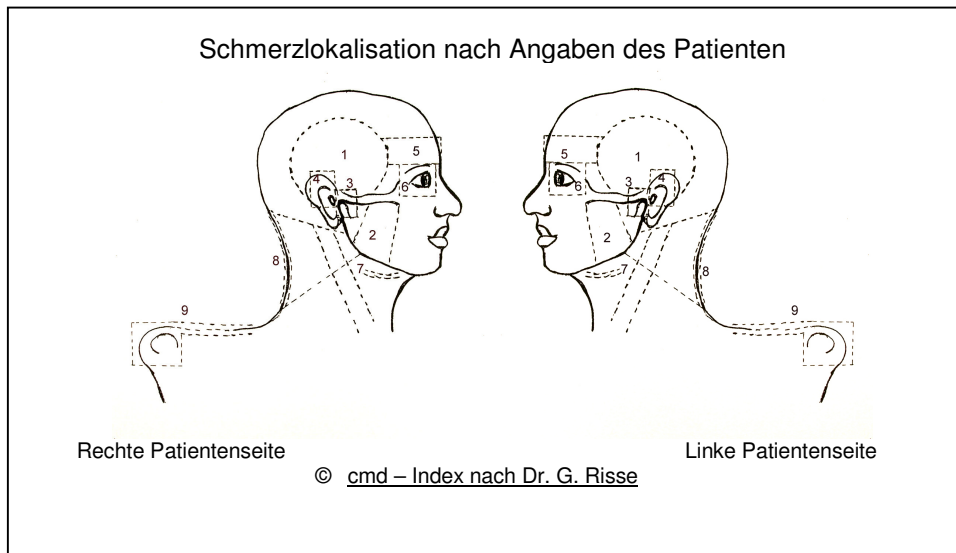
4. Erlitten Sie einen Unfall/Schlag im Kopf-/Halsbereich?  
ja      nein

5. Haben Sie Schmerzen, Beschwerden oder Verspannungen im/am

|  |    |    |      |
|--|----|----|------|
| Kopf (allgemein)?                          | li | re | nein |
| Schläfen?                                  | li | re | nein |
| Ohrbereich/Kiefergelenke?                  | li | re | nein |
| Nacken?                                    | li | re | nein |
| Schulter?                                  | li | re | nein |
| Andere (z.B. Wirbelsäule, andere Gelenke)? |    | ja | nein |

Wo? .....

6. Treten die Schmerzen unter 5. vermehrt mit dem Monatszyklus auf ?      ja      nein



1. Haben Sie Schmerzen oder Beschwerden im / am:

Kopf / Schulterbereich, Wirbelsäule, Nacken, Ohrbereich / Kiefergelenke, Schläfen, andere?

Nicht lokalisierbar? Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Nummern nach der Lokalisation in den

Zeichnungen an:

Tinnitus =

Konzentrationsschwäche, Müdigkeit =   
(siehe B. 3.)

Rechts: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Links: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Schmerzen ausstrahlend von Nr.:.....

bis Nr.:.....

